FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1946 N°.....

THÈSE 626

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

MIRIEL (Eliane, Elisabeth)

Ancienne Externe des Hôpitaux
Diplômée de l'Ecole de Puériculture

Née le 8 Décembre 1922, à Clamart (Seine)

Présentée et soutenue publiquement le 3 Juillet 1946

SUR 30 CAS DE NOURRISSONS TUBERCULEUX AGÉS DE 0 A 6 MOIS

De la gravité des cas présentés
Des mesures prophylactiques

Président : M. ROBERT DEBRÉ, *Professeur*

PARIS
LIBRAIRIE LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1946

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Nom du Candidat : MIRIEL.

Prénoms : Eliane, Elisabeth.

(éventuellement) :
Nom de jeune fille :

Date de la soutenance : 3 Juillet 1946.

Numéro d'ordre :

(Ces deux mentions seront complétées par le service de la Bibliothèque)

MIRIEL (Eliane, Elisabeth). — Sur 30 cas de nourrissons tuberculeux âgés de 0 à 6 mois. De la gravité des cas présentés, des mesures prophylactiques. — — *Paris, Lib. Le François*, 1946, in-8°, 32 p.

(*Th. méd.* (*Et.*), *Paris 1946.* N°).

MIRIEL (Eliane, Elisabeth). — Sur 30 cas de nourrissons tuberculeux âgés de 0 à 6 mois. De la gravité des cas présentés, des mesures prophylactiques. — — *Paris, Lib. Le François*, 1946, in-8°, 32 p.

(*Th. méd.* (*Et.*), *Paris 1946.* N°).

MIRIEL (Eliane, Elisabeth). — Sur 30 cas de nourrissons tuberculeux âgés de 0 à 6 mois. De la gravité des cas présentés, des mesures prophylactiques. — — *Paris, Lib. Le François* 1946, in-8°, 32 p.

(*Th. méd.* (*Et.*), *Paris 1946.* N°).

MIRIEL (Eliane, Elisabeth). — Sur 30 cas de nourrissons tuberculeux âgés de 0 à 6 mois. De la gravité des cas présentés, des mesures prophylactiques. — — *Paris, Lib. Le François*, 1946, in-8°, 32 p.

(*Th. méd.* (*Et.*), *Paris 1946.* N°).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Nom du Candidat : MIRIEL.

Prénoms : Eliane, Elisabeth.

(éventuellement) :
Nom de jeune fille :

Date de la soutenance : 3 Juillet 1946.

Numéro d'ordre :

(Ces deux mentions seront complétées par le service de la bibliothèque)

MIRIEL (Eliane, Elisabeth). —
Sur 30 cas de nourrissons tuberculeux âgés de 0 à 6 mois. De la gravité des cas précoces, des mesures prophylactiques. —
Paris, L.G. Le Fromois, 1946, in-8°.
32 p.
(Th. méd. (Et.), Paris 1946.
N°).

MIRIEL (Eliane, Elisabeth). —
Sur 30 cas de nourrissons tuberculeux âgés de 0 à 6 mois. De la gravité des cas précoces, des mesures prophylactiques. —
Paris, L.G. Le Fromois, 1946, in-8°.
32 p.
(Th. méd. (Et.), Paris 1946.
N°).

MIRIEL (Eliane, Elisabeth). —
Sur 30 cas de nourrissons tuberculeux âgés de 0 à 6 mois. De la gravité des cas précoces, des mesures prophylactiques. —
Paris, L.G. Le Fromois, 1946, in-8°.
32 p.
(Th. méd. (Et.), Paris 1946.
N°).

MIRIEL (Eliane, Elisabeth). —
Sur 30 cas de nourrissons tuberculeux âgés de 0 à 6 mois. De la gravité des cas précoces, des mesures prophylactiques. —
Paris, L.G. Le Fromois, 1946, in-8°.
32 p.
(Th. méd. (Et.), Paris 1946.
N°).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1946 N°.....

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

MIRIEL (Eliane, Elisabeth)

Ancienne Externe des Hôpitaux
Diplômée de l'Ecole de Puériculture

Née le 8 Décembre 1922, à Clamart (Seine)

Présentée et soutenue publiquement le 3 Juillet 1946

SUR 30 CAS DE NOURRISSONS TUBERCULEUX AGÉS DE 0 A 6 MOIS

De la gravité des cas présentés
Des mesures prophylactiques

Président : M. ROBERT DEBRÉ, *Professeur*

PARIS
LIBRAIRIE LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

—

1946

DOYENS HONORAIRES :

MM. BALTHAZARD, ROUSSY, BAUDOUIN

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. AUBERTIN, BALTHAZARD, BASSET, BEZANÇON, BRINDEAU, CARNOT, CHEVASSU, CHIRAY, CLERC, A. COUVELAIRE, DELBET, HARTMANN, HEITZ-BOYER, JEANNIN, LAIGNEL-LAVASTINE, LAUBRY, LEMIERRE, LENORMANT, MARION, MULON, OMBRÉDANNE, ROUSSY, ROUVIÈRE, SANNIÉ, SÉBILEAU, SÉZARY, TANON.

DOYEN ..... BINET.
ASSESSEUR ..... VERNE.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	N...
Anatomie pathologique	LEROUX.
Assistance Médico-Sociale	N...
Bactériologie	GASTINEL.
Biologie médicale	VERNE.
Chimie médicale	POLONOVSKI
Clinique cardiologique	DONZELOT.
Cliniques chirurgicales	BROCQ. CADENAT. MONDOR. QUENU.
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie	LEVEUF.
Clinique chirurgicale orthopédique	MATHIEU.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies des enfants	ROBERT DEBRÉ.
Clinique des maladies infectieuses	N...
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	DELAY.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Cliniques médicales	BENARD (H.). CHABROL. HARVIER. LIAN.
Clinique médicale propédeutique	PASTEUR-VALLERY-RADOT.
Clinique de neuro-chirurgie	CLOVIS VINCENT.
Cliniques obstétricales	LANTUEJOUL. LEVY-SOLAL. PORTES.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	SENEQUE.
Clinique thérapeutique médicale	LOEPER.
Clinique de la Tuberculose	BERNARD (Et.).
Clinique urologique	FEY
Embryologie	GIROUD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	ALAJOUANINE.
Histologie	CHAMPY.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

PROFESSEURS (*suite*)

	MM.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	JUSTIN BESANÇON.
Hygiène et clinique de la première enfance	CATHALA.
Hygiène et médecine préventive	JOANNON.
Médecine du Travail	DUVOIR.
Médecine légale	N...
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT (E.).
Pathologie chirurgicale	PETIT-DUTAILLIS.
Pathologie exotique	LAVIER.
Pathologie expérimentale et comparée	N...
Pathologie médicale	MOREAU.
Pathologie et thérapeutique générale	N...
Pharmacologie et matière médicale	HAZARD.
Physiologie	LÉON BINET.
Physique médicale	RICHET (Ch.).
Problèmes alimentaires (*chaire à titre personnel*)	LELONG.
Puériculture	DESGREZ (H.).
Radiologie médicale	DECHAUME.
Stomatologie	STROHL.
Technique chirurgicale	MOULONGUET.
Thérapeutique	LAROCHE (G.).

PROFESSEURS SANS CHAIRE :

MM. DOGNON (Physique médicale), GAILLARD (Parasitologie), HALPHEN (O. R. L.), JAYLE (M.) (Chimie médicale), Mlle J. LÉVY (Pharmacologie), OLIVIER (Anatomie), PIEDELIEVRE (Médecine légale).

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

	MM.
Anatomie	CORDIER.
	DELMAS.
Anatomie pathologique.	DELARUE.
	Mlle GAUTHIER-VILLARS
	BONNET.
Bactériologie	FASQUELLE.
Chimie médicale	ETTORI.
	N...
Chirurgie générale	AMELINE.
	FEVRE.
	FUNCK-BRENTANO
	MENEGAUX.
	PATEL.
	SICARD.
	MERLE D'AUBIGNÉ.
	ROUX.
	PADOVANI.
	LÉGER.
	HUGUIER.
	RUDLER
Histologie	BULLIARD.
Hydrologie	DEBRAY.
Hygiène	BOYER.
	DEPARIS.
Maladies mentales	BARUK.
	DE SÈZE.
Médecine générale	BARIETY.
	BOULIN.
	BROUET.
	CACHERA.
	COSTE.
	KOURILSKY.
	MAURIC.
Médecine générale	DECOURT.
	LAMY.
	HAMBURGER.
	DREYFUS (G.).
	FAUVERT.
	GARCIN.
	DE GENNES.
	HAGUENEAU.
	LENEGRE.
	MARCHAL.
	MOLLARET.
	MOUQUIN.
	SOULIE.
Médecine légale	DESOILLE.
Obstétrique	DIGONNET.
	LACOMME.
	SUREAU.
	VARANGOT.
Ophtalmologie	RENARD.
Oto-rhino-laryngologie	AUBIN.
Parasitologie	BRUMPT (L.).
Parasitologie coloniale	N...
Pathologie expérimentale	LEMAIRE.
Pharmacologie	CHEYMOL.
	N...
Physiologie	BARGETON.
	PARROT.
Physique médicale	N...
Thérapeutique	TURPIN.
Urologie	COUVELAIRE.

III. — PROFESSEURS HONORAIRES ET AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM. BASSET (Chirurgie générale), HUGUENIN (Anatomie pathologique), LE LORIER (Obstétrique), VAUDESCAL (Obstétrique).

IV. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT.

	MM.
Clinique chirurgicale	GATELLIER. DE GAUDART D'ALLAINES
Clinique obstétricale	ECALLE.
Clinique O. R. L.	HALPHEN.
Clinique médicale	CHEVALLIER.

V. — CHARGÉS DE COURS

	M.
Radiologie clinique	LEDOUX-LEBARD.

	MM.
Secrétaire de la Faculté	J. MOREL.
Secrétaire-adjoint	M. BRISSIAUD.

	MM.
Bibliothécaire en Chef	Dr A. HAHN.
Bibliothécaires	MMlles DUMAITRE, GOICHON, LAURENT.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MA MERE

A MON PERE

A LA MEMOIRE DU DOCTEUR ANDRÉ LEURET

MEIS ET AMICIS

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ROBERT DEBRE

Professeur à la Faculté de Médecine
Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'Honneur

Qu'il daigne accepter ici le témoignage de notre respectueuse gratitude pour le grand honneur qu'il nous fait en présidant cette thèse.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Stage : Monsieur le Professeur HARVIER

Monsieur le Professeur CADENAT

Externat : Monsieur le Docteur PRUVOT

Monsieur le Professeur QUENU

Monsieur le Docteur PERON

Monsieur le Professeur Robert DEBRE

Monsieur le Docteur MAY

HISTORIQUE

L'étude de la tuberculose du nourrisson fut longtemps méconnue, du fait des seuls moyens de diagnostic clinique.

Trousseau, Parrot, Landouzy cependant se doutaient de sa fréquence mais une réelle étape fut franchie, avec la découverte de Von Pirquet en 1907.

C'est en effet avec la radio et surtout l'aide de la cuti réaction qu'on va mettre en évidence la fréquence de la tuberculose chez le nourrisson.

Pendant une première période qui suit la découverte de Von Pirquet, les pronostics posés sont extrêmement sombres, et toute constatation d'une cuti positive au cours de la première enfance équivaut à un arrêt de mort, et nombreux sont les médecins qui pensent ainsi.

C'est vers 1910 qu'apparaît un premier début de réaction avec Schick qui affirme que le pessimisme avec lequel on juge la tuberculose n'est pas justifié, car sur 36 nourrissons observés, 7 survivaient au bout d'un an, 3 avaient dépassé la 2e année.

Petit à petit, des statistiques analogues sont publiées, Haln indique une survie globale de 20 %, Mme Manteux de 35 %.

Pollack, Frankenau trouvent des chiffres sensiblement pareils. Combe dans son livre conclut que le

pronostic est grave, mais pas absolument fatal, car 15 % des cas ont survécu à la 2e année.

Vers 1920, la note optimiste domine.

Lemaire et Helmann citent que sur 100 cas de tuberculose suivis à l'école de Puériculture, 24 simplement sont morts.

Nombreux sont les auteurs qui, avec Léon Bernard, font des constatations encore plus significatives, frappés du nombre de bacilles qui ne se manifestent que par des signes légers, et même par la fréquence relative des tuberculoses complètement latentes.

Mais toutes ces études se sont étendues aux enfants de 0 à 1 an, parfois même de 0 à 2 ans, et de ces différents ouvrages une notion se dégage — cette notion de gravité, fonction de l'âge de l'enfant — de l'âge auquel il a eu contact avec un bacillaire et si les chiffres statistiques sont peu élevés pour les tuberculoses de 1 à 2 ans, on voit ces chiffres baisser pour les enfants de 0 à 6 mois.

Il existe donc une amélioration sensible sur l'ensemble des enfants de 0 à 1 an.

Mais il n'en reste pas moins que la mortalité est toujours élevée en ce qui concerne les enfants de 0 à 6 mois, et malgré les statistiques optimistes de Casul de Chicago qui parle de 17,2 % de mortalité (à noter qu'il élimine de ses statistiques, les tuberculoses méningées et les granulies) il faut garder à l'esprit la notion de gravité de la bacillose des tout-petits.

Et c'est avec l'espoir d'un avenir meilleur que l'on s'attachera aux mesures de prophylaxie, et c'est, dirigé vers ce but, que nous avons préparé cette thèse.

Nous avons recueilli parmi les dossiers du service du Professeur Debré à l'Hôpital des Enfants-Malades et à l'Hôpital Herold les observations des enfants âgés de 0 à 6 mois présentant une cuti réaction positive.

Au total nous avons pu réunir 30 cas.

Nous avons cherché surtout à analyser les formes cliniques réalisées — ceci afin de juger de la gravité, et surtout de suivre l'évolution des lésions.

Il se dégage la notion bien connue depuis longtemps sur la gravité de la bacillose des tout-petits.

Mais c'est là que sera le but de notre étude.

— Peut-on éviter ou tout au moins diminuer le nombre d'enfants contaminés dès les premiers mois de leur vie ?

— Quels sont les moyens prophylactiques mis à notre disposition ?

L'étude clinique de ces observations a poussé à classer certains cas avec précision — les cas de granulie méningée — les cas de granulie pulmonaire — les broncho-pneumonies — les tuberculoses intestinales — des primo-infections avec image radiologique d'adénopathie trachéobronchique.

D'autres cas parurent moins nets et furent ceux d'enfants avec cuti positive sans image radiologique typique, sans localisations cliniques.

Nous allons rapidement revoir ces différentes observations.

1°) Tuberculoses méningées (10 cas).

Le tableau clinique réalisé fut sensiblement le même.

Les signes méningés étant apparus chez l'enfant peu fébrile (la température étant aux environs de 37 — 38°).

Le début fut marqué par un arrêt de la croissance.

— soit par quelques vomissements,

— soit plus franchement par une somnolence de l'enfant ou même des convulsions.

Mais une fois le tableau réalisé nous trouverons dans les 10 cas cet aspect typique.

Contractions plus ou moins intenses depuis fontanelle tendue jusqu'à cet aspect typique de tête rejetée en arrière.

— Des signes oculaires, une somnolence.

— Sur ce tableau se greffent ou non des convulsions (7 cas sur 10 présentent des convulsions), donc dans l'ensemble, déjà l'aspect clinique permettait de penser à une atteinte méningée et le plus souvent à un diagnostic plus précis de Méningite tuberculeuse, ces signes méningés apparaissant chez de jeunes enfants à cuti-positive. Le diagnostic fut confirmé en effet, soit par la constatation de bacilles de Koch dans le liquide céphalo-rachidien (dans 3 cas au cours de l'examen direct — 2 cas après culture sur milieu de Lowenstein — 1 cas après inoculation au cobaye). Le diagnostic fut encore confirmé, et c'est le cas du petit Daniel M... par la constatation anatomique, ou encore par la notion d'une radio montrant une image de granulie (observation ?).

Dans 2 cas, le diagnostic de méningite tuberculeuse fut celui d'une probabilité mais, malgré tout, proche de la certitude — chez un enfant de 6 mois — dont la cuti est positive — qui a une rate palpable — et qui présente des signes méningés.

Un cas particulier, celui du jeune B... où l'aspect hémorragique du liquide céphalo-rachidien avait fait pendant quelques temps songer à une hémorragie méningée d'origine infectieuse, mais l'apparition d'une cuti positive orienta vers une Bacillose.

— Parmi les autres observations d'enfants présentant une cuti-réaction positive.

Leur classification est surtout le fait d'un diagnostic radiologique.

En effet le début des troubles est sensiblement le même :

— Arrêt de la croissance, de la toux, ceci accompagné ou non d'une fièvre peu marquée — une cuti est pratiquée et c'est alors de la notion de la cuti positive et des résultats de la radio que l'on parlera, soit de granulie, de broncho-pneumonies bacillaires ou d'images d'adénopathie trachéobronchique.

Granulie :

3 enfants ont présenté à la radiographie pulmonaire l'image typique d'une granulie.

Celle-ci a évolué chez des enfants dont la température s'est élevée progressivement (38° — 39°).

Avec des signes d'auscultation minimes.

Dans chaque cas un lavage gastrique fut pratiqué.

Dans aucun des cas on n'a trouvé de Bacilles de Koch.

Bronchopneumonie bacillaire :

6 enfants ont présenté des signes radiologiques de broncho-pneumonie.

Nous insisterons sur le cas de l'enfant Elise B... où la radio a montré, outre une image de bronchopneumonie massive, l'existence d'un pneumothorax partiel gauche avec refoulement du lobe supérieur, et quasi-déviation de la trachée et du cœur.

Par ailleurs, le contenu du liquide gastrique avait montré la présence de Bacilles de Koch.

Caverne pulmonaire :

1 cas particulier, celui de Gérard G...

A son entrée à l'Hôpital, il présentait des signes minimes : toux légère, température à 37°8 — *Aucun* signe d'auscultation. Rate *non* palpable.

Mais rapidement la température va s'élever, des signes d'auscultation apparaissent (gros râles bulleux sous la clavicule gauche).

Le foyer que l'on commençait à soupçonner sous-claviculaire gauche se précise avec une image, en même temps que la présence de Bacilles de Koch dans le liquide gastrique.

Au total jusqu'alors nous avons pu classer faci-

lement ces différents cas en Méningites tuberculeuses, Granulies, Broncho-pneumonie, Caverne pulmonaire.

Il nous reste encore le cas de Christian M...

Péritonite tuberculeuse avec syndrome occlusif.

Le diagnostic fut alors un diagnostic anatomique.

En effet, l'enfant âgé de 2 mois, entré le 3 avril pour une chute de poids progressive, sans diarrhée ni vomissements,

— avec un abdomen dur et gros,

— température oscillante (35 matin — 40 soir).

Entrée : enfant déshydraté.

Abdomen gros, tendu, rate perceptible.

Le foie est gros.

L'enfant n'a pas de selles.

T. R. = pas de sang.

La perfusion est installée, elle doit être ôtée rapidement, température 38°.

L'enfant est décédé le 4 avril.

Vérification : grosse rate, gros foie } farcis de granulations.

Poumons normaux, un peu de liquide dans le péricarde.

Pas de volvulus du mésentère, nombreux ganglions.

Il reste donc parmi ces observations de nourrissons **à cuti positive :**

9 enfants dont les radios furent difficiles à interpréter, ne montrant rien ou presque rien, mais surtout, et ce sera le cas de 6 de ces observations, des images d'adénopathie trachéobronchiques sont, soit

isolées, soit associées à une opacité à moitié inférieure d'un des champs pulmonaires.

Nous allons examiner les différentes observations :

ADÉNOPATHIE TRACHÉOBRONCHIQUE.

Opacité à moitié inférieure du poumon droit = 2 cas.

Jean D..., 6 mois — 7 juin 1939 — décédé le 16 juin.

Contact : difficile à préciser ;

mère : ne tousse pas, ne crache pas, pas de radio.

père : décédé de laryngite tuberculeuse, n'aurait jamais eu de contact avec l'enfant, ne l'a vu qu'une fois à la maternité sans l'approcher.

Début : A 3 mois 1/2 l'enfant est opéré d'une mastoïdite à Saint Louis où il restera 2 mois, c'est là qu'on lui découvre une cuti positive.

A son entrée :

Enfant grognon (cuti +) ;
Température 39° ;
Anorexie sans autres troubles digestifs.

On note : Abcès région interfessière para-anale gauche.

La température va baisser ;
La plaie se fermera.

Poumons :

Légère matité de la base droite, pas de souffle, pas de râles.

Radios :

Ombre adénopathie dense à limites nettes au-dessus du hile D,

Foyer opacité à moitié inférieure du poumon droit.

Rapidement, l'état général baisse.

La température baisse, l'abcès qui semblait s'être refermé durant 1 à 2 jours, coule à nouveau.

Apparition d'une fistule à bords violacés.

Enfant décédé le 16 juin.

— Un autre cas d'opacité de la moitié inférieure du poumon, mais où l'ombre d'adénopathie trachéo-bronchique ne fut pas visible est celui de Marc N..., mais dans ce cas l'évolution qui paraît avoir été favorable semble permettre de supposer qu'il s'agissait d'une atélectasie secondaire à l'adénopathie.

N... Marc, 5 mois, 25 mars 1941.

Contact :

grand'mère qui tousse et crache (ayant eu autrefois une pleurésie).

Elle refuse une radio actuellement.

Début :

Toux ;

Troubles digestifs ;

Température 38°.

A son entrée : Enfant fatigué, température 37°2, poids 4 kg. 400.

Poumon : Rien à l'auscultation.

Foie, Rate : O.

Cuti positive.

Radio : ombre dense de la base droite.

Il sortira de l'hôpital en avril 1941, le 20. Poids 5 kg. 030.

6 mai : La radio semble montrer une diminution de l'opacité.

8 juillet : Poids 6 kg. 490.

Adénopathie trachée bronchique isolée à la radio.

C'est le cas de Jeannine A..., 3 mois.

Entrée le 19 octobre 1938, décédée le 28 novembre 1938.

Contact :

mère : 6 semaines depuis sa naissance dont 15 jours nourrie au sein.

Pas de B.C.G.

A son entrée :

Cuti positive, température 37°5 ;

Auscultation du poumon = 0 ;

Foie, Rate = normaux.

puis, apparition d'une pyodermite du cuir chevelu.

Baisse de l'état général.

Radio : champignon parahilaire droit.

Lavage gastrique = 0.

La pyodermite s'aggrave et l'état général baisse.

Décédé le 28 novembre 1938.

Jean S..., 5 mois.

25 janvier 1935 — 4 mars 1935.

Contact non retrouvé.

Début :

Otite, température : 38° — 39° ;

Cuti positive ;

Auscultation des poumons = 0 ;

Radio :

ombre ovalaire assez étendue à contours nets juxta diastanal, à la partie supérieure du thorax.

Lavage gastrique = 0.

Puis, rapidement, la température s'élève, devient oscillante O.R.L. Rien à signaler.

L'enfant meurt.

Vérification :

gros paquets de ganglions juxta-trachal D, foyers caseux à la base gauche.

Rate : quelques tubercules.

Foie et reins : normaux.

Huguette B..., 5 mois, 3 février 1934.

Contact : Père bacillaire : 5 mois depuis la naissance de l'enfant.

Début : Toux.

Entrée :

cuti positive.

Poumons : quelques râles disséminés.

Radio : Ombre juxta trachale à droite d'adénopathie tuberculeuse.

mais suivra la joue gauche.

pied gauche face interne : nodules droits, embrasse dans le derme, rouge, non douloureux.

pas d'autre localisation.

Le diagnostic porté dans le service est celui de *Tuberculose.*

L'enfant sortira le 29 avril pour Brévanne.

La température se sera toujours maintenue entre 37° — 37°4.

Le poids, de 6 kgs passera à 7 kgs 180.

Eliane V..., 6 mois.

20 mars 1935 — 4 avril 1935.

Contact : Rien ne fut trouvé (père et mère bien portants).

Début : Depuis quelques jours, température à 38°4. Anorexie, diarrhée, vomissements.

A son entrée :

Cuti +.

Température 38°, puis 37°4.

Radio : Grosse ombre juxta hilaire droite.

Durant son séjour :

Température sensiblement normale.

Vu par M. Mignon en scopie le 13 avril 1936.

Ombre pulmonaire sensiblement normale.

Nous voyons donc parmi ces 6 observations :

4 présentèrent des images d'adénopathie trachéobronchique nettes.

2 autres — des images d'adénopathie trachéobronchique associées à une opacité de la partie inférieure du champ pulmonaire.

3 sont morts.

2 avec A.T.B. (dont l'un avait une importante pyodermite du cuir chevelu).

1 cas d'opacité de la moitié inférieure du poumon droit. (ayant en plus un volumineux abcès para anal gauche).

Parmi les 3 cas ayant eu, semble-t-il, une évolution plus favorable :

On note le cas de B... Huguette présentant une tuberculose cutanée.

et l'on retrouve l'opinion de certains classiques d'Aronade qui admettait un pronostic fatal à toute cuti + du nourrisson en faisant une exception particulière pour les tuberculoses chirurgicales ou cutanées.

Il nous reste maintenant à analyser 3 observations où la radio ne fut pas d'un gros apport.

C'est Maurice L..., 3 mois, le 15 novembre 1938, décédé le 12 décembre 1938.

Contact : Mère tuberculeuse : depuis l'accouchement.

Début : Cuti systématique.

A son entrée : bon aspect, température normale, cuti +.

Examen pulmonaire : 0 — ne montre rien.

Rate : palpable, indurée.

Par ailleurs, on note quelques déformations crâniennes.

Pyodermite du cuir chevelu.

Les lésions cutanées semblent augmenter.

La température s'élève (39° — 40°),
sans que l'on trouve de signes pulmonaires.
Enfant décédé le 12 décembre 1938.

Radio :
pas d'image de granulie ;
pas d'image nette d'adénopathie trachébronchique.
lavage d'estomac pratiqué : négatif.
Vérification : chancre d'inoculation typique caseux de la taille d'une amande à la partie antérieure du cul-de-sac costo diaphragmatique gauche.
Adénopathie hilaire bilatérale caseuse.

Elisabeth B..., 5 mois (le 17-9-37 — Décédée le 12 octobre 37).

Contact : Mère tuberculeuse : depuis la naissance, a reçu du B.C.G.

Début :
Température à 37° — 38°.
Toux.

A l'entrée :
Température à 37°8 (elle s'élèvera plus tard).
Toux rauque fréquente (dyspnée).
A l'auscultation on trouve quelques râles de bronchite à la base gauche.
Rate et foie normaux.
Cuti +.

Radio :
Ombre d'interprétation discutée.
M. Mignon parle d'élargissement du hile,

pas d'ombre nette d'adénopathie trachéo-bronchique.

Le diagnostic sera hésitant car l'enfant ayant reçu du B.C.G., on soulèvera l'hypothèse d'une Cuti + par B.C.G. avec trouble de l'état général.

Mais rapidement le poids baisse, les troubles digestifs apparaissent, température à 37°8.

Après une tentative de perfusion, l'enfant meurt.

Lavage d'estomac : pas de B.K.

André R..., 4 mois (aspect de cuti + isolés sans signes cliniques).

20 mai 1934 — 28 juillet 1934.

Contact : A l'âge de 2 mois : 8 jours avec le grand-père (BK +).

Début : Toux, température à 38°.

A l'entrée :

On ne trouve rien à l'auscultation pulmonaire.

Rate non palpable.

2 cutis sont pratiquées les 20 et 28 mai — Négatives.

le 20 juin la 3e cuti est positive.

Il restera dans le service jusqu'en septembre sans aucun signe pulmonaire.

Température à 37°.

Radio : pas d'images pathologiques (dernière radio le 28-7-34).

Le poids a augmenté durant son séjour.

Si donc nous essayons de rassembler ces observations d'enfants dont la cuti est positive :

Nous relevons plusieurs formes graves et ceci en majorité :

— 10 méningites tuberculeuses ;

— 3 granulies ;

— 1 Caverne pulmonaire ;

— Tuberculose péritonéale ;

— 6 Cas de bronchopneumonie (nous devons signaler que l'évolution d'une de ces observations ne fut pas fatale, mais l'enfant n'a été suivi qu'un mois après sa sortie de l'hôpital).

— Les 9 autres cas (le plus grand nombre sera celui des adénopathies trachéobronchiques).

Donc parmi ces 9 autres observations, 4 auront une évolution favorable.

Le faible nombre d'observations recueillies nous empêche de formuler toute loi ou idée générale.

Nous nous bornerons à démontrer que ces résultats entrent dans le cadre des idées bien connues actuellement et formulées depuis longtemps.

La fréquence de la tuberculose méningée mise en évidence dans les rapports de Rosinfeld (1915) fut reprise dans les statistiques de Lesage et Moine en 1931 ; de même l'évolution rapide de ces cas où la mort suivit de très près l'entrée à l'hôpital.

Mais malgré tout, il est un fait indiscutable qui se dégage nettement de l'ensemble de ces observations :

— C'est la gravité et la lourde mortalité de la tuberculose des tout-petits, et c'est pourquoi dans cette étude nous voudrions insister sur le côté prophylactique.

C'est donc en reprenant ces observations que nous rechercherons :

— L'agent contaminateur ;

— Les circonstances du début (celle ayant déclenché le réflexe qui devrait être systématique de la cuti réaction).

L'AGENT CONTAMINATEUR.

Il fut retrouvé dans la majorité des cas dans l'entourage immédiat de l'enfant :

— La mère (9 fois) ;

— Le père (5 fois) ;

— Oncle ou tante vivant avec l'enfant (2 fois) ;

— Grands-parents (5 fois) quoique la preuve ne soit pas toujours donnée) — 2 cas de grands-parents refusant une radio ;

— Une voisine (bacillaire avérée aidant la mère).

Donc, dans ces cas : Contact intime permanent, et le plus souvent dès la naissance.

Une première idée se dégage :

« *L'enfant est contaminé par son entourage immédiat.* »

DÉCOUVERTE DE LA BACILLOSE :

Or, si nous examinons ces différents cas, nous voyons que :

— 4 seulement furent le résultat d'examens systématiques (une bacillose ayant été découverte dans l'entourage, dans les cas présents chez la mère).

— Dans les 26 autres cas, le diagnostic et la cuti

ne furent faits qu'à la suite d'une série de troubles apparus chez l'enfant jusque-là bien portant ;

— soit simple arrêt de la croissance ;

— soit quelques troubles digestifs ;

— soit alors, et ceci est encore plus évocateur, l'enfant qui tousse (toux persistante).

Or, parmi ces 26 cas, il y avait 7 fois dans l'entourage de l'enfant un bacillaire connu et diagnostiqué :

— soit, qu'inconscient, il contaminait l'enfant :

— soit, (cas peut-être plus rare mais existant) que conscient il refusait les conseils et restait au foyer familial.

Jacques B... Voisine avérée en contact avec l'enfant depuis la naissance.

Armand B... Père bacillaire tousseur et cracheur de longue date. Contact : 1 mois.

Olga B... Un frère de la mère tuberculeux vit avec l'enfant.

Jacques D... Mère bacillaire depuis 3 mois.

Elisabeth B... Mère bacillaire depuis 7 ans, mais l'enfant ayant eu du B.C.G. la mère garde l'enfant malgré les avis médicaux.

Claude B... enfin : Père bacillaire. Il avait toujours refusé l'hospitalisation et l'éloignement du bébé, étant même allé jusqu'à reprendre les 2 aînés mis à l'abri en attendant leur départ en préventorium.

Donc, parmi ces cas, 7 fois la contamination aurait pû être évitée :

— soit qu'elle fût le fait de l'ignorance et de la négligence de l'entourage ;

— soit qu'elle fût le résultat d'une *mauvaise volonté évidente.*

C'est en considérant ces points :

— que l'enfant est contaminé par son entourage immédiat, et ceci d'une façon consciente ou inconsciente.

Que nous allons insister sur le *dépistage* d'une tuberculose dans l'entourage du nourrisson ;

Sur la *nécessité* d'un isolement immédiat, obligatoire, et à ce sujet nous reprendrons les différents points proposés par Monsieur Lelong au Comité National de défense contre la tuberculose à la séance du 12-2-46.

DÉPISTAGE D'UNE TUBERCULOSE DANS L'ENTOURAGE DU NOURRISSON

MESURES EXISTANTES :

— La radio systématique des femmes enceintes faisant partie des Assurances sociales où dont le mari est inscrit à cette caisse.

— Il faudrait non seulement étudier la mère avant l'accouchement, mais *après*.

— De même la nécessité d'une radio du père comme l'a signalé TERRAS dans sa thèse (où il fut frappé de trouver un père, agent contaminateur).

— Radio également de tous les membres de la famille suspecte d'une affection pulmonaire et vivant avec l'enfant.

— Outre l'entourage familial, on ne saurait trop répéter également la nécessité fondamentale d'une radio des sages-femmes, des infirmières de crèches, (se souvenant du cas signalé par M. LEREBOULLET, de ces 10 nourrissons nés en état de mort apparente et ranimés par une sage-femme tuberculeuse.

— Eviter toute tuberculeuse dans l'entourage du nourrisson.

Le problème doit être renversé, il faudra éviter tout contact entre des enfants et un tuberculeux.

Et nous ne ferons que reprendre les principaux éléments de la proposition de Monsieur LELONG au Comité National de Défense contre la Tuberculose :

Un tuberculeux étant découvert, il faut l'instruire du danger qu'il présente pour les nourrissons.

Il faut surveiller et vérifier pour qu'il n'en ait pas dans son foyer. (C'est le rôle du *Dispensaire* et de l'*Assistante sociale* en particulier).

Le dispensaire dont l'idée première de dépistage des foyers familiaux contaminés et de centre d'éducation sanctérié, est de plus Centre thérapeutique.

Les Assistante sociales dont le nombre a baissé ; leur faire comprendre qu'il faut d'abord isoler, prescrire le B. C. G. ensuite.

La femme enceinte tuberculeuse reçoit pendant sa grossesse tant d'avis variés donnés avec une telle indifférence qu'elle ne peut plus au terme de sa gestation faire l'effort moral de se séparer de son enfant.

A cet acte décisif il faut une préparation psychologique soutenue.

Autre obstacle à la séparation prophylactique :

C'est la longueur des formalités, l'absence d'une formation d'hébergement permettant de placer immédiatement et sans délai administratif les nourrissons vivant en milieu contaminé.

La nécessité d'une pouponnière de dépôt d'observation dans tout département ou syndicat de département.

Enfin, mesure nécessaire, et pour illustrer cette

idée, nous ne ferons que citer les cas précédents, celui de ce père contaminant sciemment ses enfants.

L'obligation pour tout assuré social de se soumettre à un contrôle périodique et valable qu'aucun nourrisson en danger d'être contaminé n'est présent au foyer familial.

La soumission à cette règle lui permettant de percevoir des allocations.

Il est capital en effet d'attirer l'attention sur la responsabilité de ceux qui autorisent trop facilement le contact et ne voient pas le désastre qu'ils laissent se produire.

L'étude des organismes de placement d'enfants spécialisés dans la lutte anti-tuberculeuse montre que l'organisation technique de ces centres est parfaitement au point et a fait ses preuves d'efficacité.

Un grand nombre de nourrices ou d'éleveuses autour d'un dispensaire pourvu d'une biberonnerie et infirmerie dirigée par un médecin, assisté par une infirmière visiteuse. Le contrôle de la santé des nourrissons étant à la fois périodique et systématique.

La mortalité d'un tel centre est très réduite et n'atteint pas 2 à 3 % (taux de beaucoup inférieur à la mortalité infantile moyenne du pays).

CONCLUSIONS

Nous terminerons donc en reprenant les principaux points des idées qui furent soumises au Comité National de Défense contre la tuberculose.

La possibilité pour les dispensaires de préservation anti-tuberculeuse d'avoir un nombre suffisant d'Assistantes sociales qualifiées pour pouvoir remplir leur tâche éducatrice et prophylactique qui est leur rôle essentiel, et reprendre l'effort qui s'impose en faveur de l'isolement du petit enfant gravement menacé.

La possibilité d'un isolement immédiat du nourrisson en danger d'être contaminé et la mise en observation préalable à leur placement en milieu sain.

Enfin, la nécessité de refuser les allocations des Assurés sociaux s'ils ont à leur domicile des enfants de moins de 4 ans (à moins que des aménagements favorisent à la fois la natalité, les soins du malade et la protection de l'enfant).

Vu : le Doyen de la Faculté.
BAUDOIN.

Vu : le Président de thèse,
DEBRÉ.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris
G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

BERNARD (Léon) et DEBRÉ (Robert). — Infections Tuberculeuses du nourrisson. *Annales de Médecine*, 1923.

BERNARD (Léon) et PARAF (Jean). — Pronostic général de la Tuberculose du nourrisson. *Annales de Médecine*, 1926.

CASUL (Chicago). — Prognostis of Tuberculosis of infants. *American Journal of diseases of children*, mai 1929.

COCAULT-DUVERGER. — *Thèse Paris*, 1922.

DELHIDE. — Préservation de l'enfance Tuberculeuse par l'œuvre de Grancher. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, janvier 1933.

BERTHEUIL. — *Thèse Paris*, 1938.

GOLDMANN. — Contribution à l'étude de la Tuberculose du nourrisson. *Thèse Paris*, 1946.

HELLMANN. — Eléments pronostic de la tuberculose du premier âge. *Thèse Paris*, 1925.

LEMAIRE. — Eléments pronostic de la Tuberculose du premier âge. — *Thèse Paris*, 1925.

TORRAS. — Contribution à l'étude de l'évolution de l'infection tuberculose du nourrisson.

WEIL-HALLÉ. — Quelques remarques sur la prémunition de l'enfant contre la Tuberculose par le B.C.S. *Revue de Médecine*, octobre 1925.

WALGRAM. — Etude sur les conditions d'apparition et la prophylaxie de la méningite tuberculeuse. *Revue Française de Pédiâtrie*, 1935.

Le François, Paris C. O. L. 150217. Dépôt légal 4e trimestre 1947, n° 55
L'Imprimerie de l'Anjou — Angers — Dépôt légal 4e trimestre 1947, n° 85